ESSAI

SUR LE

CANCER DE L'UTÉRUS

COMPLIQUANT

LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LA PUERPÉRALITÉ

PAR

LE Dr A. MATHIEU



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Rue Monsieur-le-Prince, 31.

1872

LIBRAIRIE
JACQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

ESSAI

SUR LE

CANCER DE L'UTÉRUS

COMPLIQUANT

LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LA PUERPÉRALITÉ

PAR

LE Dr A. MATHIEU



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Rue Monsieur-le-Prince, 31.

1872

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible gage de mon amour et de ma reconnaissance.

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MON CHER PETIT NEVEU

Témoignage d'une affection profonde et sincère

A MES PARENTS

A LA FAMILLE GENTY-GEORGE

Hommage affectueux.

A M. BILLY

Membre du Conseil général de la Meuse,
Représentant à l'Assemblée nationale.

Hommage de gratitude.

A MES AMIS

ESSAI

SUR

LE CANCER DE L'UTÉRUS

COMPLIQUANT

LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LA PUERPÉRALITÉ

« La somme des maux de la femme est bien au-dessus de celle que la nature a départie à l'homme. Sous ce rapport, la condition des femmes est des plus misérables, et tous nos efforts doivent tendre à les soulager. »

(VIGAROUS, Cours élémentaire des maladies des femmes).

INTRODUCTION

Le cancer de l'utérus à l'état de vacuité est déjà peut-être l'affection la plus grave qui puisse incomber au sexe féminin; aussi a-t-il depuis fort longtemps, et à juste titre, fixé l'attention du médecin et été l'objet de ses plus vives préoccupations. De savantes recherches ont été faites; de nombreux écrits ont été publiés; malgré tout, faut-il l'avouer? en présence de cette cruelle maladie, nous restons impuissants et notre intervention doit se borner à une médication palliative, très-importante sans doute, puisqu'elle nous permet de prolonger l'existence de la malade et d'adoucir ses derniers moments.

Autrefois on croyait, et Mauriceau a pu écrire que « le squirrhe de la matrice rend toujours la femme sté-

rile et valétudinaire. » Malheureusement il n'est que trop bien démontré aujourd'hui, par des faits nombreux et des observations authentiques, que le cancer de l'utérus n'apporte pas un obstacle absolu à la fécondation. Le praticien n'aura plus seulement alors à s'occuper de la mère; le produit de la conception, l'enfant qu'elle portera dans son sein, aura, lui aussi, des droits à toute sa sollicitude. Le problème se compliquera ainsi d'une façon fâcheuse et ne manquera pas bien souvent de jeter dans le plus cruel embarras.

Durant notre dernière année d'études à la Faculté de médecine de Strasbourg, il nous a été donné d'observer un cas de ce genre qui sera relaté plus loin et qui nous a vivement intéressé. L'idée nous vint d'en faire l'objet de notre travail inaugural. Nous avons été encouragé dans cette voie par M. le professeur agrégé Aubenas, qui a bien voulu nous aider de ses conseils et mettre à notre disposition les ressources de sa riche bibliothèque. Nous sommes heureux de lui en témoigner ici toute notre reconnaissance. Puisse ce faible hommage de notre gratitude arriver jusqu'à lui !

Cette partie de la science, qui nous occupe, a été jusqu'ici fragmentée, surtout en France; il nous a donc fallu puiser à beaucoup d'auteurs pour pouvoir réunir un certain nombre d'observations et de réflexions. Loin de nous cependant la prétention d'avoir comblé cette lacune, en donnant une monographie complète sur le sujet! Notre but a été plus modeste. Nous avons voulu seulement comparer entre eux le plus grand nombre de faits connus et intéressants, les analyser, les inter-

préter et en tirer les conclusions thérapeutiques les plus rationnelles. Puissions-nous avoir réussi!

Notre thèse tirera tout naturellement ses divisions du titre que nous lui avons donné. Après avoir exposé d'une façon succincte quelques considérations générales sur les tumeurs cancéreuses de l'utérus, nous relaterons l'observation détaillée que nous avons prise à la clinique obstétricale de Strasbourg. Nous étudierons ensuite les influences réciproques du cancer sur la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité. Enfin nous parlerons du diagnostic, du pronostic et des indications thérapeutiques. Nous terminerons par quelques conclusions que nous aurons cru pouvoir tirer de l'ensemble de notre travail.

APERÇU GÉNÉRAL SUR LES TUMEURS CANCÉREUSES DE L'UTÉRUS.

Le mot de cancer tend de jour en jour à faire place à celui de carcinome : ce dernier, d'après les anatomo-pathologistes, répondant bien mieux à un tissu défini, et ne permettant plus de confondre dans une classe commune toutes les tumeurs malignes. Néanmoins, dans la suite de ce travail, nous nous servirons beaucoup plus souvent du mot cancer, parce que dans la plupart des auteurs que nous avons eu à consulter, nous avons trouvé cette dénomination. Nous ne l'emploierons, il est vrai, que comme synonyme de carcinome, en voulant désigner : « toutes les tumeurs qui désorganisent les tissus dans lesquels elles se développent en se subs-

tituant à eux, qui s'étendent au voisinage par continuité et par dissémination, qui récidivent après l'ablation, qui ne cèdent à aucun traitement, qui se généralisent ordinairement par des noyaux développés dans divers organes, et par leur marche progressive amènent un état cachectique spécial et la mort » (1). (M. Cornil.)

Le cancer de l'utérus s'offre à nous sous plusieurs formes différentes; ce sont, en général :

1° Le cancer dur ou squirrhe;

2° Le cancer mou ou encéphaloïde;

3° L'épithélioma.

Au dire de M. Becquerel, il semblerait que dans un certain nombre de cas il y ait fusion du tissu squirrheux et du tissu encéphaloïde; il en résulterait une sorte de tissu intermédiaire (2).

Quoi qu'il en soit, que l'on se trouve en présence de telle ou telle variété de cancer, comme le fait remarquer l'auteur que nous venons de citer, au point de vue clinique, les résultats seront absolument identiques, et se traduiront toujours par des écoulements séro-purulents, des hémorrhagies et finalement la cachexie cancéreuse et la mort.

La marche, sans doute, pourra être plus ou moins rapide suivant la variété du cancer, suivant son siége, mais elle n'en arrivera pas moins fatalement à se terminer comme nous venons de l'indiquer.

(1) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, art. Cancer et Carcinome.

(2) Becquerel. Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1859. T. II, p. 157 et 467.

Ces tumeurs distinctes au point de vue anatomique, diffèrent aussi par leur siége; elles peuvent occuper le col ou le corps de l'organe. En Angleterre, le Dr Montgomery (1) « semble penser que le squirrhe commence plus rarement par le col qu'on ne le supposerait. » Ce n'est pas là l'opinion généralement admise et en effet, c'est le col qui est envahi d'abord, lorsque le corps vient à subir la dégénérescence cancéreuse, la maladie s'est propagée jusqu'à lui. Est-ce à dire pour cela néanmoins, que le corps ne puisse être affecté primitivement, comme certains auteurs l'ont prétendu? Non, bien certainement. M. Simpson (2) a présenté à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg deux pièces pathologiques de cancer limité au corps de l'utérus, sans intéresser le col; et sur 45 cas de cancer utérin, Lebert (3) en a trouvé 2 où le corps a été envahi primitivement. Il faut donc admettre que dans l'immense majorité des cas, le cancer du col sera primitif, celui du corps n'étant que secondaire.

Dans tout ce qui va suivre, nous nous occuperons peu de la tumeur quant à sa structure; nous nous servirons presque constamment du mot cancer et il sera bien entendu, à moins d'indications spéciales, qu'il siégera au col de l'utérus.

(1) Montgomery. Dublin hospital reports, in Burns. Traité des accouchements, des maladies des femmes et des enfants. Trad. de l'anglais, par le Dr Galliot. Paris, 1859, p. 72 (note).

(2) Simpson. Association medical journal in Gazette hebdomadaire. Paris, 1854.

(3) Lebert. Traité pratique des maladies cancéreuses. Paris, 1851, p. 219.

Dans les 32 observations que Puchelt (1) a réunies, le cancer s'est réparti de la façon suivante :

Utérus dans toute son étendue.............	1
Une grande partie de l'organe............	5
Col............................	11
Col et orifice..........................	5
Orifice.............................	6
Côté gauche..........................	1
Corps.............................	1
Fond..............................	2

Nous tenions à nous expliquer suffisamment sur ce point avant d'entrer franchement en matière.

OBSERVATION

Marie D..., 29 ans, mariée, entre à la Clinique le 25 novembre 1869. Réglée à 15 ans, assez irrégulièrement au début. Suppression après un an, puis retour; depuis l'âge de 16 ans, menstruée toutes les trois semaines.

Accouchée une première fois, il y a trois ans, d'une fille qu'elle n'allaita que pendant six semaines et qui vit. Il y a dix-huit mois, avortement à six mois; l'attribue à des peines morales.

Depuis ce moment, menstruation régulière, survenant toutes les quatre semaines et chaque fois très-abondante, sans cependant qu'elle eût des pertes dans l'intervalle. Réglée pour la dernière fois, à ce qu'elle dit, fin mai et premiers jours de juin. A six semaines de sa grossesse, hémorrhagie assez abondante, qui s'arrêta au bout de deux jours. Depuis ce moment, pertes légères par intervalles. Une sage-femme, appelée lors de cette hémorrhagie, prescrivit 4 gr. de seigle ergoté. L'écoulement s'arrêta après de violentes douleurs.

Il y a quatre semaines, nouvelle hémorrhagie abondante qui se

(1) Puchelt. Commentatio de tumoribus in pelvi, partum impedientibus. Heidelberg, 1840. Cap. III.

calma par le simple repos. Enfin, il y a deux jours, elle a reparu : nouvelle administration de seigle, tamponnement.

A son entrée, nous trouvons une femme faible, amaigrie, d'un teint jaune verdâtre.

L'écoulement continue, mais assez modérément; le repos au lit le fait cesser complétement au bout de deux jours.

Le fœtus est vivant : on entend nettement les battements redoublés,

L'examen au spéculum ne peut pas être tenté. Au toucher, on trouve un col assez dur, parsemé d'anfractuosités et de parties rugueuses, qui, avec le teint assez cachectique de la malade et l'absence de dilatation, malgré plusieurs doses de seigle, font songer à une induration de mauvaise nature.

L'état général de la malade étant resté à peu près le même pendant toute la durée de la grossesse, nous croyons inutile de transcrire ici l'observation détaillée jour par jour. Ajoutons cependant que parfois on eut à craindre un avortement, qui n'eut pas lieu néanmoins.

La température resta à peu près invariable, 36,8 en moyenne ; le pouls oscilla entre 100 et 120 pulsations.

Le traitement employé fut celui que nous indiquerons plus tard.

Nous ne rapporterons donc l'histoire complète de cette malade qu'à partir du moment de l'accouchement. Pour la grossesse, nous nous bornerons à indiquer les résultats des touchers successifs.

14 décembre. Le doigt introduit dans le vagin permet de constater que celui-ci est mou, lubréfié ; il paraît normal. En remontant derrière le pubis, on tombe sur la lèvre antérieure du col qui est indurée. Si l'on cherche à contourner pour arriver à la lèvre postérieure, on rencontre, à la place de cette lèvre, un petit corps assez mou, hémisphérique, donnant presque la sensation d'un caillot, assez rugueux au toucher, qui fait saillie dans l'orifice et donne à ce dernier une forme semi-circulaire. On sent la tête plongeant dans le segment inférieur en avant du col. Toute cette partie de l'utérus est indurée.

Le doigt ramène des petits caillots et des mucosités très-fétides.

3 janvier 1870. L'arc antérieur dur est devenu gauche, la partie postérieure molle est devenue droite. Ces parties sont un peu plus volumineuses : il en est de même de la tumeur qui semble boucher l'orifice. La partie gauche a beaucoup changé de consistance, elle s'est ramollie ; la partie droite est toujours molle. On y constate cependant toujours des parties indurées.

En avant et un peu à droite, là où les tissus sont assez mous, on sent entre l'orifice et la symphyse pubienne une partie dure ; on ne saurait dire si c'est une partie fœtale ou bien du tissu utérin induré.

L'examen a été peu douloureux ; la femme cependant est prise de faiblesse.

Le 28. Le ramollissement a fait des progrès. La partie primitivement très-indurée, qui se trouvait d'abord en avant, puis plus tard à gauche, présente une consistance moindre.

L'orifice apparaît sous forme d'une fente antéro-postérieure, longue environ de 4 centimètres, dont le bord droit est lisse, le gauche taillé à pic. Les deux bords sont juxtaposés ; on n'essaye pas d'y faire pénétrer le doigt dans la crainte de l'hémorrhagie. Toutes les portions du segment inférieur qui entourent l'orifice sont encore peu dépressibles, paraissent très-épaisses, et on ne peut percevoir au-dessus d'elles aucune partie fœtale.

9 février. Hier, à 10 heures du soir, écoulement d'un grand flot de liquide. Cet écoulement a continué toute la nuit en se modifiant un peu, ainsi que les contractions utérines, qui, vers le matin, sont devenues à peu près nulles et ont permis à la femme de dormir quelques heures.

Pendant la nuit, les douleurs auraient été deux fois expulsives (?).

A la visite, la femme se trouve bien ; elle se dit soulagée par le départ des eaux. Physionomie et respiration bonnes.

Matrice inclinée à droite, notablement diminuée de volume, le fond ne dépassant l'ombilic que de trois travers de doigt. Les parties fœtales ne peuvent être nettement déterminées ; cependant la position qui semblait droite il y a quelques jours, paraît gauche aujourd'hui.

Au toucher on constate à peu près le même état des parties que dans la dernière exploration.

A travers la longue fente antéro-postérieure qui représente l'orifice externe et qui est largement béante, le doigt pénètre facilement dans le canal cervical dont les parois dégénérées se rapprochent peu à peu au point de se juxta-poser 4 ou 5 centimètres plus haut, sans que le doigt poussé le plus haut possible puisse distinguer un orifice interne.

Pendant l'exploration qui, a duré environ un quart d'heure, la femme a eu 3 ou 4 contractions courtes, peu douloureuses.

Le 10. Peu de douleurs dans la journée d'hier. A la contre-visite

du soir, se trouve bien ; dit avoir perdu encore un peu d'eau. Dans la nuit, vers minuit, subitement prise de terreur, se lève et court vers une fenêtre. Hallucinations ; craint d'être assassinée et veut s'en aller. On parvient avec peine à remettre la femme au lit. Deux heures plus tard, même agitation, veut se lever de nouveau. On cherche à la calmer par une injection de morphine à 1 centigr. ; l'agitation persiste.

A 8 heures la femme déclare qu'elle ressent les douleurs de l'enfantement (elle dit s'en être rendu compte vers 5 1[2 heures), A ce moment douleurs très-vives, ténesme violent ; les parties fœtales apparaissent à la vulve.

(Présentation des fesses en avant et à gauche). Dégagement du tronc assez facile ; la jambe gauche ne se dégage qu'avec la hanche ; la tête séjourne quelque temps à la vulve ; le bras droit, appliqué sur la tête, s'échappe avec cette dernière.

Ecoulement ichoreux horriblement fétide.

Délivrance normale au bout d'un quart d'heure. Point d'hémorrhagie après l'accouchement.

L'enfant est mort, mais ne présente aucune altération qui fasse supposer que sa mort remonte bien loin.

Diamètres 12 1[2 — 10 1[2 — 9.

Longueur 23+23.

Poids 2410 gr.

Le 11. Dans le courant de la journée d'hier, l'intelligence d'abord un peu obtuse au moment de l'accouchement, est revenue petit à petit assez nette. Tranchées peu vives.

A 8 heures du soir, hémorrhagie assez abondante. On constate que la matrice est assez volumineuse, mais dure comme une pierre. Après l'administration de deux paquets de seigle ergoté (50 centigr. chacun) l'hémorrhagie s'arrête, sans qu'on ait constaté le rapetissement de la matrice. Vers le matin, on a trouvé sur les alèzes un caillot assez volumineux. Vers 9 heures du soir, un peu d'agitation, bientôt suivie de calme et d'une nuit paisible. Sommeil.

Ce matin, pouls assez développé (il était presque insensible au moment de l'hémorrhagie) à 104. Température 36° 5.

L'intelligence paraît assez nette. La malade répond à voix basse, d'un air contrit et craint d'expliquer ses accès de délire.

Ventre un peu résistant, mais non ballonné, indolent. Matrice

assez bien revenue sur elle-même, à consistance normale, un peu sensible à la pression. Le fond est à l'ombilic. Sauf le caillot trouvé ce matin, l'écoulement n'est pas très-abondant.

Mamelles flasques. Langue sale ; soif. Une selle involontaire hier dans la journée.

Le 12. Hier soir se trouve assez bien. Dans la journée peu de tranchées ; écoulement modéré. Temp. 36° 5. Pouls 88.

Nuit assez bonne.

Ce matin ; temp. : 38° 5. Pouls 124.

Odeur horriblement fétide autour de la malade, face anxieuse ; yeux hagards. La malade répond d'abord assez nettement, mais bientôt, reprise de terreur, elle prétend qu'on veut la tuer. Ventre assez mou, ne paraissant nulle part douloureux. Matrice bien contractée, sur la ligne médiane, au niveau de l'ombilic. Selles et urines involontaires qui empêchent de distinguer la nature de l'écoulement.

Le 13. Pendant toute la journée, la malade est dans un état de surexcitation et au moindre mouvement, elle se croit en danger.

Le soir, temp. 38°. Pouls 112.

La nuit a été assez bonne, sans aucun secours médicamenteux. Ce matin, temp. 37° 5. Pouls 112.

Face toujours effarée, anxieuse ; se croit toujours poursuivie par des assassins. Malgré ses terreurs, la malade ne se lève plus.

Odeur très-fétide. Même état du ventre et de la matrice.

Dans la nuit, expulsion de plusieurs caillots volumineux. L'écoulement paraît arrêté.

Mamelles toujours flasques.— Langue sèche, sale; appétit en partie conservé.

14 février.—La journée s'est passée assez paisiblement. La femme, toujours en proie à ses tristes préoccupations, pleure, s'agite dans son lit, sans cependant essayer d'en sortir. — Nouvelle expulsion de quelques cillots. Temp. 38° 5. Pouls 120.

Sommeil assez paisible.

Ce matin physionomie toujours triste, pleure, a toujours la même idée fixe (ceux qui sont autour d'elle, veulent la tuer). Temp. 37° 8. Pouls 120.

Ventre moins élevé. Matrice également moins volumineuse, moins large. Fond à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Indolente. — Langue nette. Peu de soif ; assez d'appétit. Plus de selles depuis

vingt-quatre heures. Urines toujours involontaires. Mamelles absolument vides.

15 février. — Même état pendant la journée d'hier. Temp. 38° 5. Pouls 120.

Ce matin, intelligence assez nette, dit se trouver mieux. Temp. 38°. Pouls 112.

16 février. — A 11 heures du matin, hier, les idées commencent à se troubler de nouveau. A 3 heures, la malade profite d'un instant où elle n'est pas surveillée pour s'habiller et s'élancer dans la cour. Saisie immédiatement, elle est rapportée dans son lit où pendant près de deux heures, elle est en proie à une violente surexcitation, voulant battre tous ceux qui l'entourent, même son mari. Se calme peu à peu spontanément. Temp. 38° 5. Pouls 134.

Un peu de sommeil pendant la nuit. A trois heures du matin, elle veut encore se lever, mais elle est retenue assez facilement.

Ce matin, l'intelligence semble assez nette. La malade semble en partie avoir oublié sa conduite d'hier, en partie la regretter. Elle l'attribue à un « trouble de la cervelle, » dit qu'elle croit vrais les objets qu'elle voit ; paraît avoir aussi des hallucinations de l'ouïe, entend qu'on complote contre elle, qu'on la menace.

Quelques instants après, physionomie triste, tendances aux larmes; tremblements et soubresauts nerveux. Temp. 37° 5. Pouls 120.

A la visite, le ventre paraît élevé ; la vessie est très-distendue, à deux travers de doigt de l'ombilic, empêchant de limiter l'utérus qui ne paraît d'ailleurs nullement douloureux. Ecoulement pâle, toujours très-fétide. — On prescrit une potion avec 6 gram. de chloral.

16 Février. — Même état.

Hier soir, temp. 39°. Pouls 136.

Ce matin, 38° 5. Pouls 120.

18 février. — Même état. Temp. 39° 5. Pouls 120. — Temp. 37° 8. P. 100.

19 février. — Même état. Temp. 39° 8. Pouls 116. — T. 40° P. 112.

20 février.— Calme assez complet pendant toute la journée. Temp. 39° 5. Pouls 120.

Vers 2 heures du matin, pousse des cris assez vifs et se plaint de douleurs dans le dos, dans le ventre et dans les jambes. Plusieurs vomissements ; selles et urines involontaires; frissonnements.

A la visite, temp. 40° 3. Pouls 112.

La peau ne paraît pas bien chaude. Face décomposée. Prostration générale; abattement physique et intellectuel; sensation de froid assez pénible.

Ventre mou, non élevé, non douloureux, ne paraissant être le siége d'aucun foyer d'inflammation.

21 février. — Même état que la veille. Temp. 40°. Pouls 120.

La femme est couchée sur le dos, affaissée, les yeux caves, le nez tendant à se pincer, la bouche entr'ouverte; respiration fréquente. Joues et mains fraîches.

Le matin. Temp. 38° 6. Pouls petit 120.

Ventre plus élevé; partout sensible à la pression, un peu tympanique. Point de matité déclive.

On prescrit: eau gazeuse, vin, glace.

22 février. — Hier à 4 heures: Temp. 39° 5. Pouls 120.

Ventre très-élevé, tympanique, sensible à la moindre pression, jusque dans ses parties supérieures. Face décomposée. Intelligence nette.

Dans la nuit, gémissements profonds; cris de douleur.

A 6 heures du matin, la femme succombe.

Autopsie faite 24 heures après la mort.

Elle est commencée par le ventre. On constate dans cette cavité une quantité considérable d'épanchements purulents, mais très-peu de flocons fibrineux, peu de vascularisation du péritoine (période d'état de la suppuration). Dans le petit bassin, l'inflammation paraît plus avancée, car tout autour de l'utérus il y a des pseudo-membranes, principalement à gauche, autour de l'ovaire et de la trompe. Les annexes de l'utérus de ce côté sont très-indurés (tissu fibreux); ce qui fait supposer que ces adhérences sont plus anciennes que la maladie actuelle et qu'elles ont déterminé la position de la matrice qui est en rétroversion. Le cul-de-sac utéro-vésical est très-grand, rempli de liquide purulent; le cul-de-sac utéro-rectal est au contraire petit.

Du côté droit, les annexes sont en parfait état.

Le toucher vaginal fait sentir, au niveau du col, deux petits mamelons, et tout autour, une surface indurée, couverte de bourgeons, de la grosseur d'un pois. L'excision de l'utérus et du vagin, et l'incision de ce dernier, montrent que le col n'existe pour ainsi dire plus;

la partie supérieure du vagin est occupée par un ulcère annulaire plus large à gauche qu'à droite, couvert d'aspérités plus ou moins friables, peu vasculaires. Cet ulcère mesure, à gauche 4 cent. 1|2 de largeur, à droite 3 1|2. Le col est rongé de la même façon que la muqueuse vaginale, mais le corps de l'utérus est encore sain.

L'examen histologique montre que les mamelons décrits plus haut, composés d'éléments cellulaires à un ou plusieurs noyaux, ressemblent à un épithélium pavimenteux.

Le tissu qui représente la muqueuse est infiltré des mêmes éléments.

Rien de particulier à noter dans les autres organes.

(Le résultat de cette autopsie nous a été communiqué par M. le Dr Feltz, agrégé de la Faculté, directeur des autopsies.)

DU CANCER COMPLIQUANT LA GROSSESSE.

§ 1. — *Influence du cancer sur la grossesse.*

Nous avons dit en commençant ce travail, que le cancer de l'utérus ne mettait pas un obstacle absolu à la fécondation. Il est inutile d'ajouter que dans certains cas de dégénérescence complète de l'organe avec oblitération de sa cavité, comme Mme Boivin (1) en rapporte 4 exemples, et dans quelques autres à peu près analogues, la conception ne pourra avoir lieu. Le plus souvent ce n'est pas là ce qu'on observe, et néanmoins, par suite de certaines particularités sur lesquelles nous ne nous appesantirons pas, la grossesse, tout en s'effectuant, n'en éprouve pas moins quelque difficulté à le faire. Ainsi, si l'on songe que le cancer de l'utérus ne s'attaque pas généralement aux femmes encore jeunes; que les douleurs provoquées par le coït, font redouter

(1) Mme Boivin et Dugès. Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1833. T. II, p. 41.

les approches du mari ; — à moins toutefois, comme le fait remarquer Mme Boivin (1), que « par l'effet du mal même, les désirs vénériens ne prennent plus de vivacité ; » — que l'écoulement qui se produit par le vagin peut entraîner le sperme et l'empêcher de se mettre en contact avec l'ovule ; enfin que la répugnance ou même la crainte, chez une personne étrangère à la science, est encore quelquefois une cause de l'éloignement des sexes ; si l'on songe, disons-nous, à toutes ces raisons, on n'aura pas lieu de s'étonner du peu de fréquence relative des cas de grossesse compliquée de cancer de l'utérus. Malheureusement le fait ne se produit encore que trop souvent et l'on n'en rencontre que trop d'exemples.

La femme, une fois fécondée, pourra-t-elle arriver sans difficulté au terme normal de la grossesse?

West (2) rapporte que sur 150 femmes observées à St-Bartholomew's hospital et qui avaient présenté 1046 cas de grossesse, on a noté 189 avortements ou accouchements prématurés, c'est-à-dire environ 18,1 p. 0[0, et 857 accouchements à terme, ou 81,9 p. 0[0 ; et Lever (3) sur 120 cas, a donné pour les avortements le chiffre énorme de 40 p. 0[0.

L'accouchement à terme paraîtrait donc être la règle la plus habituelle; mais ne doit-on pas être frappé de

(1) Mme Boivin et Dugès. *Loc. cit.* T. II, p. 17.

(2) Ch. West. Leçons sur les maladies des femmes, traduites de l'anglais par Ch. Mauriac. Paris, 1870, p. 423.

(3) Lever. Practical treatise on organic diseases of the uterus. London, 1843.

cette proportion considérable d'avortements? C'est qu'en effet, un grand nombre de causes tendent à le produire, et pour l'éviter, la femme aura besoin d'être entourée de soins intelligents et assidus, qui le plus souvent ne suffiront même pas à empêcher l'expulsion prématurée du produit de la conception. Lever (1) cite à ce propos l'observation très-curieuse d'une de ses clientes qui avorta trois fois de suite et à des intervalles très-rapprochés.

Quelles sont donc ces causes ?

Et d'abord le cancer en lui-même ne pourrait-il pas provoquer l'avortement? Si, dit M. Jacquemier (2), « la diathèse cancéreuse ne peut guère être considérée comme une cause bien active d'avortement ou d'accouchement prématuré, » il n'en est pas de même de la cachexie cancéreuse. Dans celle-ci, en effet, « que le mal siége au col et sur d'autres parties, le plus souvent les femmes accouchent avant terme d'enfants morts ou vivants, mais chétifs, qui succombent souvent peu de temps après leur naissance. » A l'appui de cette idée, M. Jacquemier cite 11 observations de M. Bourgeois (de Turcoing) qui ont été consignées dans les Mémoires de l'Académie de médecine, t. XXV. Scanzoni (3) paraît aussi se rattacher à la même opinion. « Si, dit-il, le cancer se ramollit dès les premiers mois de la grossesse, il pro-

(1) Lever. *Loc. cit.* Obs. XLI.

(2) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, art. Avortement.

(3) Scanzoni. Précis théorique et pratique de l'art des accouchements. Traduction du Dr Paul Picard. Paris, 1859.

duit en général une fausse couche. Elle est due en partie à l'action pernicieuse que le sang vicié, servant à la nourriture de l'œuf, excerce sur ce dernier. »

Pour ce qui nous regarde, nous ne saurions nier le fait ; peut-être de nouveaux enseignements viendront-ils jeter quelque jour sur la question. Mais est-ce bien là un résultat de la cachexie cancéreuse ? et ne faudrait-il pas plutôt attribuer l'avortement à l'anémie excessive et au dépérissement, suites nécessaires de toute cachexie ?

Il ne serait pas d'ailleurs nécessaire d'appeler à son aide la présence d'un cancer utérin pour expliquer un avortement. « On peut dire d'une manière générale, selon M. Jacquemier (1), que les affections chroniques de l'utérus, lorsqu'elles ne mettent pas obstacle à la conception, sont des causes communes d'avortement et d'accouchement prématuré. » Pour ce qui est d'une tumeur, qu'elle ait son siége sur le col ou sur le corps de la matrice, le fait se comprend aisément. Dans le premier cas, une irritation permanente du segment inférieur de l'utérus, et dans le second, la gêne apportée au développement de l'organe, pourra parfaitement provoquer des contractions et finalement l'expulsion prématurée du fœtus. Mme Boivin (2) a rapporté une observation due au Dr Troussel et qui confirme entièrement cette dernière manière de voir.

Un traitement intempestif, la cautérisation du col, par exemple, pourra, toujours d'après M. Jacquemier, produire le même résultat.

(1) Jacquemier. *Loc. cit.*
(2) Mme Boivin. *Loc. cit.* T. I, p. 320.

Enfin, au dire du Dr Watelle (1), on a cité des cas de dégénérescence squirrheuse du placenta ayant déterminé nécessairement la mort du fœtus et son expulsion.

Il nous reste à étudier la cause la plus ordinaire, celle qui paraît la plus évidente : nous avons nommé l'hémorrhagie.

Si fréquentes déjà dans les affections organiques de l'utérus à l'état de vacuité, les hémorrhagies le deviennent beaucoup plus encore pendant la grossesse. MM. Courty (2) et West (3) ont insisté à juste titre sur la production de ces hémorrhagies dès le début de l'affection cancéreuse, contrairement à cette opinion qui ne voulait voir dans ce fait qu'un symptôme d'un cancer ulcéré. L'hémorrhagie, nous l'accordons, pourra être certainement le résultat de l'ulcération de la tumeur, mais souvent elle surviendra dès le début et par conséquent, sans que pour cela celle-ci en soit arrivée à une période si avancée. Quoi qu'il en soit, ces pertes se montrent sous l'influence des causes les plus diverses, quelquefois les plus insignifiantes, émotions, peines morales, fatigues, etc. La nature du cancer agira aussi sur leur production. Clarke (4) rapporte le fait d'une femme atteinte de cette variété de cancer que l'on a appelé cancer en chou-fleur et qui succomba à

(1) Watelle. Thèse. Paris, 1870. N° 158.

(2) Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes. 2e édition. Paris, 1872, p. 999.

(3) West. *Loc. cit.*, p. 431.

(4) Clarke. In Degott. Thèse. Paris, 1854.

la suite d'hémorrhagies considérables trois jours après un accouchement prématuré.

Leur pronostic sera toujours fâcheux. Sans doute, on n'aura pas souvent, comme dans l'exemple que nous venons de rapporter, à redouter la mort de la mère; mais généralement elles auront pour résultat plus ou moins immédiat l'avortement ou l'accouchement prématuré. Elles agiront alors de différentes manières : ou bien par un effet analogue à celui de la saignée pendant la grossesse — or, on sait que celle-ci produit fréquemment l'avortement — ou bien en déterminant la mort du fœtus qui, devenu corps étranger, sera expulsé plus tard. Ce dernier fait n'est pas tellement rare qu'on ne puisse en trouver de nombrenx exemples dans la science. Pour n'en citer que quelques-uns qui nous reviennent en mémoire, rappelons une observation de Mme Boivin (1) et une autre de Bayle et Cayol (2).

Quelquefois l'hémorrhagie, sans être assez considérable pour produire par elle-même l'avortement, arrivera au même résultat par un mécanisme tout différent : c'est quand un caillot provenant d'une perte antérieure séjournera dans l'utérus et par sa présence déterminera les contractions de l'organe.

Nous ne pouvons terminer ce qui a trait à l'influence du cancer sur la grossesse, sans mentionner les ruptures possibles de l'utérus. Quoique cet accident formidable ait plus particulièrement été observé au moment de l'accouchement, il n'en est pas moins vrai qu'il

(1) Mme Boivin. *Loc. cit.*, t. II.
(2) Bayle et Cayol. In Mme Boivin. *Loc. cit.*, t. II.

pourrait se produire aussi pendant la grossesse, dans des cas de cancer du corps ; le peu de fréquence de ces derniers coïncidant parfaitement avec la rareté des accidents dont nous parlons. « Les ruptures de l'utérus par altération du tissu de l'organe sont parfaitement démontrées, » dit M. Joulin (1). Quoi de surprenant, en effet, à ce que le travail d'évolution progressive de la tumeur puisse ramollir, ulcérer les points qu'elle occupe et que sous l'influence d'un effort mécanique quelconque, ces mêmes points viennent à se rompre ? N'est-ce pas là d'ailleurs ce que Mme Lachapelle appelle rupture par ulcération ? Kayser et Bourgeois (2) ont rapporté des cas où l'utérus s'était rompu pendant la grossesse, au niveau d'anciennes cicatrices, provenant de l'opération césarienne. Si dans ces cas des ruptures ont pu se produire, ne nous est-il pas permis *à fortiori* de les admettre lorsque le corps de l'utérus sera cancéreux ?

Dans les observations que nous avons eues sous les yeux, nous n'en avons pas trouvé d'exemple, non plus que d'accidents d'éclampsie. Aussi n'insisterons-nous pas sur ce fait. Nous avons voulu seulement en faire constater la possibilité.

§ 2. — *Influence de la grossesse sur le cancer.*

Pour établir l'étiologie du cancer utérin, les pathologistes ont invoqué toutes les circonstances que l'imagination la plus féconde a pu leur fournir. Si, parmi

(1) Joulin. Traité complet d'accouchements. Paris, 1867, p. 882.
(2) In Joulin. *Loc. cit.*, p. 882.

ces causes, il en est un grand nombre dont on doit tenir peu de cas, il n'en sera certainement pas de même de la grossesse. Tous les auteurs sont unanimes à le proclamer : non pas que la gestation par elle-même produise le cancer, mais elle pourra agir comme cause occasionnelle sur un terrain prédisposé.

Dans le vulgaire, la présence d'une tumeur cancéreuse est généralement attribuée à un traumatisme. Tout en n'acceptant qu'avec la plus grande réserve cette condition étiologique, le médecin ne peut cependant nier l'action d'une irritation prolongée sur la localisation du cancer. « Les arguments en sa faveur sont nombreux, dit M. Hénocque (1), et il suffit de rappeler la fréquence du cancer épithélial chez les fumeurs, le cancer du scrotum chez les ramoneurs, etc. »

Or que se passe-t-il dans la grossesse?

Et d'abord le coït lui-même ne pourrait-il être rendu responsable de quelques cas de cancer? On a certainement beaucoup exagéré l'influence des rapprochements sexuels sur la production des affections organiques de l'utérus; et on ne saurait, par exemple, s'empêcher de regarder comme une hypothèse par trop complaisante cette idée de West, qui semble attribuer une foule de maladies utérines, non pas même au coït, mais à son accomplissement « sans sa conclusion naturelle, de crainte d'une augmentation trop lourde de postérité (2). »

(1) Hénocque. In Diction. encyclopéd. des sciences médicales, art. Carcinome.

(2) West. In Courty. *Loc. cit.*, p. 303.

On peut cependant admettre que des rapprochements sexuels trop fréquemment répétés, surtout chez des nouvelles mariées, puissent déterminer une congestion légère, il est vrai, mais permanente, et qui ne sera pas sans exercer une influence fâcheuse sur la production d'un carcinôme de l'utérus, ou mieux encore sur son développement.

Ce que nous venons de dire des excès de coït pourrait encore être répété à propos des rapprochements que nous appellerons disproportionnés : « In coïtu etiam sæpe affici potest, sive grandior penis fuerit, sive violentius et sæpius agitetur quam par est (1). »

Pour ce qui est de la grossesse, et surtout de la grossesse rapidement répétée, son action paraît beaucoup plus évidente encore. L'état de congestion permanente de l'utérus, l'augmentation de la capacité de son système vasculaire, les phases successives de son évolution progressive et régressive, seront autant de causes propres à favoriser la production du carcinome. Ajoutons à cela la terminaison de la gestation par l'accouchement et l'avortement, sur lesquels nous reviendrons plus tard, et il nous sera facile d'expliquer la présence de la grossesse dans le cadre étiologique du cancer utérin.

L'action de la gestation sur le développement d'une tumeur déjà existante a été signalée par un grand nombre d'auteurs. Dans l'observation que nous avons rapportée, il nous a été permis, pour ainsi dire, d'assister

(1) Primerose. De morbis mulierum. In Degott. *Loc. cit.*

chaque jour aux progrès de la tumeur et d en constater sa marche rapide.

Dans un autre cas du Dr J. Miller (1), les faits se sont passés d'une façon absolument identique : la femme succomba au moment même de l'accouchement.

Si dans ces deux exemples, la grossesse paraît avoir accéléré la marche du cancer, il n'en est pas toujours ainsi ; le plus souvent, au contraire, la tumeur éprouve un retard momentané pendant tout le temps de la gestation. « Mais, ajoute M. Courty (2), il semble, d'après ce que j'ai vu, que sans compter les accidents dont l'accouchement peut s'accompagner, notamment la rupture de l'utérus, cette marche recommence avec plus de rapidité à la suite des couches et hâte la mort de la malade. » Telle est aussi l'opinion d'Aran et de Scanzoni.

Comment expliquer ces deux faits contradictoires, d'un côté le retard, de l'autre l'accélération de la marche du cancer? Nous pouvons émettre à ce sujet deux hypothèses. Dans l'une, l'utérus gravide exercerait une compression sur la tumeur, empêcherait la nutrition, et, par suite, arrêterait son développement ; dans l'autre, la matrice, après la conception, devenant le siége d'une vie plus active, les matériaux destinés à la tumeur prendraient une autre voie et seraient détournés au profit de l'organe de la gestation. Lorsque, pour une raison ou pour une autre, les faits ne se passeraient pas ainsi,

(1) J. Miller. London and Edimburgh Montly journal of medical science. In Gazette médicale de Paris, 1845.

(2) Courty *Loc. cit.*, p. 1013 (note).

le cancer, participant à l'afflux considérable du sang et recevant de lui une nouvelle impulsion, serait accéléré dans sa marche. Ce sont là, hâtons-nous de le dire, de simples vues théoriques; peut-être un jour pourra-t-on expliquer ces phénomènes d'une façon plus satisfaisante.

Enfin, Mme Boivin (1) a indiqué la possibilité d'une transformation de tumeurs sous l'influence de la grossesse. C'est à propos de l'observation du Dr Troussel, dont nous avons déjà eu occasion de parler. A l'autopsie, dit-elle, on trouva « une tumeur énorme, fibreuse à l'extérieur, d'un blanc rougeâtre et lardacée, encéphaloïde à l'intérieur. Quatre ou cinq autres tumeurs fibreuses adhéraient à divers points de l'utérus. Cette circonstance semble prouver que telle a été primitivement la nature de la masse principale, et qu'elle a plus tard, et à l'occasion surtout de la deuxième grossesse, subi la dégénérescence carcinomateuse. » Nous n'avons trouvé relaté qu'un seul fait de ce genre; nous nous sommes cru obligé de le signaler, ne fût-ce que pour mémoire.

DU CANCER COMPLIQUANT L'ACCOUCHEMENT.

§ 1. *Influence du cancer sur l'accouchement.*

Lorsque la malheureuse femme atteinte de cancer utérin aura surmonté les dangers que nous venons d'énumérer, il lui faudra encore affronter bien des périls avant d'arriver au terme de sa délivrance.

En consultant les observations qui ont été publiées,

(1) Mme Boivin. *Loc. cit.*, p. 320.

il est facile de se convaincre que dans un certain nombre de cas l'accouchement pourra se faire par les seules forces de la nature, et même dans un temps qui quelquefois ne dépassera pas le temps normal. Mais le plus souvent, et en admettant même que le travail s'effectue sans le secours de l'art, sa durée sera presque toujours, sinon toujours, beaucoup plus longue, l'induration du col opposant nécessairement un certain obstacle à la sortie du fœtus.

Il est rare, en effet, à moins de déchirures du col, que la dilatation ne mette pas plusieurs jours à s'effectuer. Mme Boivin (1) cite le cas d'une femme qui resta en travail pendant huit jours, et d'une autre qui éprouva les douleurs expulsives le 7 février et qui n'accoucha que le 21. Que dire de cette observation du *Glascow medical Journal*, consignée dans l'ouvrage d'Aran (2), où l'accouchement, rémittent pour ainsi dire, dura pendant huit mois et sans aucun résultat? Malgré les efforts de la matrice pour expulser son contenu, la barrière formée par le cancer resta infranchissable. Lorsqu'au bout de ce temps la femme succomba à une péritonite subaiguë, on trouva à l'autopsie le fœtus dans un état de putréfaction complète; le liquide amniotique et une partie des membranes d'enveloppe avaient même été résorbés.

Comment s'effectue la dilatation du col lorsque l'accouchement se termine sans l'intervention chirurgicale?

(1) Mme Boivin. *Loc. cit.*, t. II.

(2) Aran. Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1858.

La nature, pour arriver à ce but, a différents moyens à sa disposition. Et d'abord, il n'est pas rare de voir la partie du col qui est restée saine se dilater outre mesure et suffire à elle seule à l'ampliation. Mme Lachapelle (1), Velpeau (2), Cazeaux (3), West (4) et d'autres auteurs rapportent plusieurs exemples de ce fait qui est parfaitement connu des accoucheurs. Quelquefois, il est vrai, la dilatation ne sera pas suffisante pour livrer passage au fœtus, mais alors une application de forceps fera le reste.

En lisant l'observation qui nous a suggéré l'idée de ce travail, on peut se convaincre que, pendant presque toute la durée de la grossesse, nous avons pu espérer que l'accouchement se terminerait de cette façon. Il n'en a rien été cependant. L'expulsion du fœtus s'est opérée d'une façon très-rapide, tellement rapide que l'interne de garde n'a pu se rendre compte de la manière dont elle s'était opérée. A l'autopsie nous avons constaté l'absence pour ainsi dire complète du col. Ne nous est-il pas permis alors de supposer que la tête du fœtus a chassé devant elle ces masses cancéreuses, et ne pourrions-nous pas ainsi nous expliquer et la rapidité de l'accouchement, et l'odeur excessivement fétide qui s'est répandue dans la salle, au point que toutes les gardes

(1) Mme Lachapelle (publié par Dugès). Pratique des accouchements. Paris 1825, t. III, X^e^ mémoire, obs. III.

(2) Velpeau. Traité complet de l'art des accouchements. Paris, 1854, t. 2, p. 218.

(3) Cazeaux. Traité pratique de l'art des accouchements. Paris, 1865, p. 559.

(4) West. *Loc. cit.*, p. 458.

furent obligées de sortir? L'hypothèse que nous émettons là est parfaitement admissible; elle semble satisfaire pleinement l'esprit. Nous n'avons trouvé relaté dans la science qu'un seul fait de ce genre; il est dû à Lever (1).

Lorsque la dilatation dont nous parlions tout à l'heure ne pourra s'effectuer, ou que s'effectuant elle ne le fera pas d'une manière suffisante, des contractions énergiques pourront produire des fissures du col qui permettront la sortie de l'enfant. Ces fissures seront plus ou moins considérables et en nombre plus ou moins grand. « On a vu, dans un cas de ce genre, le col se rompre au-dessus du squirrhe, le rectum participer à la rupture et l'accouchement s'opérer par l'anus. La femme a guéri (2). » Empressons-nous d'ajouter qu'elles présenteront rarement une étendue pareille, et que le plus souvent elles seront d'un grand secours pour hâter la délivrance de la mère. C'est du moins ce que semblent démontrer des observations de Mme Lachapelle (3). D'ailleurs, plus loin, nous reviendrons sur ce sujet à propos des indications thérapeutiques.

L'induration du col n'est pas la seule cause qui puisse faire obstacle à l'accouchement : on a vu quelquefois la tumeur occuper un volume si considérable, qu'elle remplissait le vagin et une partie du petit bassin. Il est évident que dans des cas semblables, l'extraction du fœtus par les voies naturelles est tout à fait impossible. Aussi

(1) *Loc. cit.*
(2) In archives de médecine. Septembre 1823.
(3) Mme Lachapelle, loc. cit. Obs. 1, 2, 4.

n'a-t-on pas craint, en présence de cette complication, de proposer l'opération d'obstétrique la plus terrible, l'opération césarienne. Puchelt (1) a relaté deux observations de ce genre : dans l'une, de Bartholin, on pratiqua l'hystérotomie, la femme succomba ; dans l'autre, de Fabrice de Hilden, elle mourut avant d'avoir été délivrée. Si la tumeur est molle et dépressible, que le fœtus soit peu volumineux, on devrait nécessairement tenter l'accouchement avant d'en venir à cette extrémité. Il ne faut jamais, en effet, à moins d'indications bien précises, se hâter d'intervenir : la nature nous vient souvent en aide et les moyens qu'elle emploie sont nombreux.

Cazeaux (2), dans son traité d'accouchements, rapporte le fait suivant : « Une tumeur dont le volume paraissait devoir offrir un obstacle insurmontable au passage de la tête, rendit seulement la seconde partie du travail un peu plus lente. Repoussée par la tête du fœtus, elle devint presque transversale, et formait sur le périnée un bourrelet, une espèce de croissant dont la convexité était inférieure, et la concavité dirigée en haut arrêtait la tête ; sous l'influence de contractions violentes, la tête repoussa la tumeur en arrière en déprimant fortement le périnée, passa au devant d'elle et franchit bientôt les parties extérieures. » Amand (3) s'est trouvé en présence d'une tumeur tellement volumineuse qu'on la prit pour la tête ou les fesses du fœtus. « Il ne put tirer ce fœtus que parce

(1) Puchelt, loc. cit. Obs. 1, 3.
(2) Cazeaux, loc. cit. p. 559.
(3) Cité par Simon. Recherches sur l'opération césarienne. In Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, t. II. 1769.

que toutes les parties de son corps cédaient par la pourriture. »

L'inertie utérine est aussi une des raisons fréquentes de la lenteur du travail. Lorsqu'en effet, la matrice s'est contractée pendant un temps assez long, pour vaincre les obstacles de l'induration du col ou du volume de la tumeur, les efforts qu'elle a exercés jusque-là inutilement se ralentissent parfois et finissent même par s'épuiser. De là de nouveaux accidents à redouter, l'hémorrhagie, l'épuisement général et les convulsions.

Ces contractions d'ailleurs peuvent avoir été insuffisantes dès le début du travail : « Toute circonstance, dit Mme Lachapelle (1), agissant sur la substance de l'utérus de manière à en altérer la texture, doit nécessairement en diminuer la contractilité. » Lorsque l'affection portera sur le corps, en effet, les points malades resteront en général étrangers à l'action expulsive de la matrice, d'où des contractions partielles, insuffisantes et exposant la femme au danger d'une rupture.

Nous avons déjà dit quelques mots de cet accident à propos des complications de la grossesse. Nous ne nous y sommes point arrêté alors comme le fait semble le mériter, mais nous nous réservions d'y revenir à propos de l'accouchement, puisque c'est à ce moment qu'on l'observe le plus fréquemment.

Nous ne parlerons pas évidemment ici des simples fissures qui se produisent au col de l'utérus à la suite de contractions énergiques. Nous avons vu que le pronostic

(1) Mme Lachapelle, loc. cit.

de ces fissures était en général peu grave, et que le plus souvent elles favorisaient la délivrance de la mère. Peut-être dans quelques circonstances malheureuses pourraient-elles donner lieu à des fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales ; mais on n'en a pas encore observé d'exemple que nous sachions.

Les ruptures de l'utérus se produisent dans des cas de cancer du col, mais plus facilement encore dans ceux du corps, et cela se conçoit. Dans les cinq observations de ce genre que nous avons pu réunir et dont quatre appartiennent à Puchelt (1), la cinquième étant du Dr Lœwenhardt (2), nous n'en avons, il est vrai, trouvé qu'une seule avec cancer du corps. Mais cette coïncidence ne peut en rien infirmer ce que nous venons de dire, puisque nous savons que le cancer du col est de beaucoup le plus fréquent.

De tout temps on a considéré comme cause de rupture utérine, un obstacle à la parturition provenant du col de la matrice. Il n'est pas rare de voir des contractions violentes et prolongées se briser contre cet obstacle ; l'effort mécanique ne servant pas alors à la dilatation de l'orifice, se reporte sur le corps de l'utérus qui finit par se rompre. C'est ainsi qu'on peut expliquer une rupture de l'utérus déterminée par un cancer du col.

Lorsqu'au lieu du col ce sera le corps qui sera envahi, nous avons dit, plus haut, que des contractions partielles de l'organe pouvaient déjà occasionner une rupture. L'al-

(1) Puchelt, loc. cit. Obs. 1, 2, 3, 29.

(2) Lœwenhardt, Neue zeitschrift fur die geburtskunde. In *Gazette médicale de Paris*, 1843.

tération elle-même est quelquefois cause de l'accident : «Le ramollissement, dit Cazeaux (1), l'ulcération de ces tumeurs cancéreuses peuvent rendre plus minces et faibles les points qu'elles occupent ; mais le plus souvent au contraire, elles augmentent l'épaisseur, et même la consistance du tissu utérin, et n'en sont pas moins encore des causes prédisposantes aux ruptures, au moins pendant le travail de l'accouchement : ces points, en effet, ne se contractent pas, tandis que tous les autres sont en contraction, la résistance qu'oppose la partie altérée est toute passive ; quelle que soit son intensité, elle ne peut lutter contre les contractions de tout le reste de l'utérus, dont l'action, aidée de celle des parois abdominales, pèse pour ainsi dire, de toute sa force sur la partie qui ne peut participer à cette action générale ; et si on suppose qu'un obstacle quelconque s'oppose à l'engagement facile du fœtus, l'effort utérin, impuissant à vaincre la résistance que rencontre le fœtus à franchir le détroit supérieur, se fait sentir sur le point qui ne se contracte pas, et celui-ci cède et se rompt. »

A ces causes de rupture de l'utérus nous ne joindrons pas celles qui sont dues à des manœuvres obstétricales. Si dans des cas d'utérus parfaitement sain, la maladresse et l'inhabileté ont pu produire cet accident, de combien de précautions ne faudra-t-il pas s'entourer, lorsque l'organe aura subi la dégénérescence cancéreuse?

Voilà pour ce qu'il en est des ruptures survenant au moment même où a agi la cause qui les produit. Mais

(1) Cazeaux, loc. cit. p. 675.

Scanzoni (1) en a signalé d'autres qui peuvent n'arriver que quelque temps après l'accouchement, bien que les contractions utérines seules les aient occasionnées. Dans ces cas « la pression n'a pas été assez violente pour percer l'organe, mais elle a déterminé une inflammation. La partie se sphacèle, l'eschare est expulsée et la matrice se perfore. »

§ 2. *Influence de l'accouchement sur le cancer.*

Nous avons vu que l'action de la grossesse sur la production du cancer ne pouvait être mise en doute. Le fait n'en sera évidemment que plus vrai, lorsqu'il s'agira de rechercher l'influence de l'accouchement sur la même affection. « L'accouchement, a dit M. Courty (2), agit comme un véritable traumatisme par les lésions mécaniques qu'il produit, la contusion et les déchirures du col, la plaie saignante qu'il laisse après le décollement du placenta, la réaction locale et générale qui le suit, l'inflammation utérine et péri-utérine qui peut se développer, la fièvre traumatique concomitante, la suppuration et la gangrène qui sont quelquefois les suites de cette inflammation. » Aussi, rien d'étonnant à ce que parmi les causes principales de la production du cancer on ait rangé un nombre d'accouchements trop considérable ou des accouchements répétés à des intervalles trop rapprochés.

Les statistiques abondent pour prouver le fait énoncé.

(1) Scanzoni, loc. cit.
(2) Courty, loc. cit. p. 304.

Becquerel (1), sur 26 femmes atteintes de carcinome utérin, n'en a trouvé que 2 pour n'avoir pas eu d'enfants; parmi les autres, 2 avaient eu 9 enfants et le plus grand nombre de 3 à 6 et même 8.

Scanzoni (2), sur 72 femmes, a noté les chiffres suivants :

6	avaient accouché	11	fois.
3	—	10	—
2	—	9	—
14	—	8	—
13	—	7	—
21	—	6	—
10	—	5	—
3	—	4	—

Enfin, pour indiquer des moyennes, M. Hénocque (3), d'après les statistiques de Lebert, Lever, Scanzoni et West, a donné les résultats qui suivent :

Pour Lebert......	3, 94 enfants par femme.
Pour Lever......	5, 8 —
Pour Scanzoni...	6, 9 —
Pour West......	5, 6 (6, 8 accouch., mais 1, 2 avort.)

Ces chiffres parlent assez éloquemment d'eux-mêmes pour qu'il soit inutile d'insister plus longuement sur l'influence de l'accouchement sur la production du cancer. Ajoutons toutefois, et ce fait doit lever tous les doutes qui pourraient rester dans les esprits, que 18 fois sur 150 cas observés par West (4), « il ne s'écoula entre

(1) Becquerel, loc. cit. p. 157.

(2) Scanzoni, Traité pratique des maladies des organes sexuels de a femme, trad. par Dor et Sorin. Paris 1858, p. 245.

(3) In Dict. encyclopéd. des sciences médicales, art. Carcinome.

(4) West. Loc. cit. p. 424.

la fin de la grossesse et le début du cancer qu'une assez courte période pour permettre de soupçonner que les modifications produites par l'état puerpéral avaient imprimé une activité inaccoutumée à la maladie. »

L'avortement a paru, à plusieurs auteurs, avoir une action plus fâcheuse encore que l'accouchement. Dans ce cas, en effet, lorsque l'utérus a été arrêté brusquement dans l'évolution complète qu'il doit opérer régulièrement, il semble que « l'involution naturelle est encore plus difficile qu'à la suite de l'accouchement à terme, et qu'il se laisse plus aisément arrêter » (1).

West (2) a observé deux fois, et seulement à la suite d'accouchement ou d'avortement, une variété de cancer qu'il a appelé *cancer aigu*. Il était accompagné d'un mouvement fébrile et de phénomènes sthéniques, et offrait tous les caractères d'une véritable maladie inflammatoire. Dans les deux cas, les malades ont succombé très-rapidement. Malheureusement il ne parle pas d'autopsie; mais ne serait-ce pas là deux exemples de carcinose miliaire aiguë, survenant sous l'influence d'un accouchement ou d'un avortement?

DU CANCER COMPLIQUANT LA PUERPÉRALITÉ.

§ 1. *Influence du cancer sur la puerpéralité.*

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les observations de Puchelt, pour voir que la puerpéralité, chez les femmes

(1) Courty. Loc. cit. p. 305.
(2) West. Loc. cit. p. 439.

atteintes de carcinome utérin, se termine très-fréquemment d'une manière funeste.

Si maintenant nous recherchons les causes qui emportent si souvent les malades, en dehors même de l'action du cancer que nous étudierons dans le chapitre qui suivra, nous trouverons qu'elles sont nombreuses.

Parmi les accidents que nous avons signalés au moment de l'accouchement, il en est quelques-uns dont l'influence se fait sentir quelque temps encore après la délivrance et qui jettent l'organisme dans un état tel, que les complications, les plus légères en apparence, prennent dans ce cas un caractère des plus fâcheux. Inutile de rappeler l'épuisement général, l'hémorrhagie et l'inertie utérine, source de nouvelles pertes. Dans les observations que nous venons de citer, nous trouvons à chaque instant que la femme succomba soit au moment même de l'accouchement, soit peu d'heures ou peu de jours après. La cause, il est vrai, n'est pas indiquée ; mais le fait s'explique assez de lui-même et ne peut guère être attribué le plus souvent qu'à une des raisons dont nous venons de parler. Lorsque, par extraordinaire, les malheureuses femmes échapperont à ces premiers périls, elles auront pour la plupart une convalescence longue et traîneront une vie misérable.

On a toujours prétendu qu'une constitution affaiblie était une des causes prédisposantes de la métrite ou de la métro-péritonite. Si l'on songe que dans le cas qui nous occupe, la constitution n'est pas seulement affaiblie, mais encore détériorée par la cachexie cancéreuse, et si on ajoute la contusion et la déchirure du col, ainsi

que les manœuvres obstétricales que l'on est souvent obligé de faire, on n'aura plus lieu de s'étonner de la fréquence si grande de cette affection.

La femme qui fait le sujet de notre observation a succombé à la cachexie cancéreuse, sans doute, mais bien plus encore à une métro-péritonite. Elle avait pu néanmoins passer presque inaperçue pendant quelques jours : on n'avait fait que la soupçonner. Le ventre était peu ballonné, la malade n'accusait aucune douleur, même à la pression : la température, il est vrai, était assez élevée et oscillait entre 39° et 40°. Le facies caractéristique et les vomissements bilieux qui survinrent dans les derniers moments ne permirent plus le doute sur le genre de l'affection. C'est l'élément douleur qui a pu induire en erreur ; mais son absence n'a peut-être rien qui puisse nous surprendre beaucoup. Dans l'état intellectuel et moral où se trouvait cette malheureuse, qu'y a-t-il d'étonnant qu'elle ait répondu obstinément « non » à toutes nos questions, pour se débarrasser de notre présence qui lui était odieuse? D'ailleurs, en supposant même que la péritonite eût été diagnostiquée dès le premier jour, notre traitement n'en aurait pas pour cela été modifié. Il ne pouvait être question ni de saignée, ni de sangsues, à cause de sa faiblesse extrême, ni de quinine à cause de son état mental, ni enfin de mercure à cause de son état cachectique. Il n'y avait qu'à soulager la malade et c'est ce que nous avons fait : elle devait fatalement succomber.

Le cancer utérin pendant la puerpéralité semblerait peut-être aussi avoir déterminé quelquefois des inflam-

mations et finalement des abcès des annexes de l'utérus ou du tissu cellulaire environnant. M. le professeur Stoltz en a observé un cas chez une femme atteinte de carcinome du col, ayant nécessité l'incision et une application de forceps. Le fait est rapporté dans la thèse du Dr Mégrat (1). « Quand de larges incisions, dit le Dr Verjus (2), ont été faites sur le col atteint de dégénérescence cancéreuse, alors peut éclater un phlegmon diffus gangréneux qui débute et marche avec une rapidité effrayante. »

Les phénomènes, que nous avons constatés chez notre malade du côté de l'intelligence, nous ont nécessairement conduit à rechercher l'influence que l'affection cancéreuse peut avoir sur leur développement.

Suivant Marcé (3), un accès antérieur d'aliénation mentale prédisposerait à la folie puerpérale; il en serait de même d'un état moral fâcheux pendant la durée de la grossesse. D'un autre côté, et toujours d'après le même auteur, l'hémorrhagie pendant ou après l'accouchement et les difficultés de la parturition hâteraient le développement des accidents nerveux. En nous en tenant à ces quelques données il nous serait peut-être possible d'expliquer ce qui s'est passé chez cette femme. A part l'accès antérieur d'aliénation mentale, au sujet duquel nous avons interrogé sa famille, nous trou-

(1) Mégrat. Des phlegmons pelviens consécutifs aux couches. Thèse. Strasbourg 1867.

(2) Verjus. Des abcès puerpéraux des annexes de l'utérus. Thèse. Strasbourg. 1867.

(3) Marcé. Traité pratique des maladies mentales. Paris, 1862, p. 145 et 146.

vons chez elle toutes les autres causes que nous venons de citer. L'observation en fait foi. Pour ce qui est du moral de la malade pendant la gestation : les douleurs continues qu'elle a ressenties, la connaissance qu'elle a pu avoir de son état, et par les soins qu'on lui prodiguait et surtout par cette odeur fétide qui la rendait à charge à elle-même et à ses voisines; toutes ces circonstances n'ont certes pas peu contribué à lui rendre l'existence insupportable. Mais en dehors de ces causes, il nous est encore permis d'en invoquer d'autres qui ont avec la maladie des rapports beaucoup plus directs. « Le délire, a dit Burns (1), se rattache à l'état de l'utérus, » et Churchill (2) a cité des cas de manie provoquée par des inflammations de l'utérus ; Falret (3) un autre déterminé par un cancer utérin. D'autre part, Azam (4), d'après des observations personnelles, a pu formuler le principe suivant que Morel (5) a vérifié, à savoir que : les affections de l'utérus en général prédisposent à la folie et les affections cancéreuses en particulier à la lypémanie.

Le carcinome utérin a donc été, dans l'observation que nous avons rapportée, une cause prédisposante de la folie puerpérale, les accidents de la grossesse et de l'accouchement les causes déterminantes.

(1) Burns. In Churchill. Traité pratique des maladies des femmes. Trad. par Wieland et Dubrisay. Paris 1866. P. 1060.

(2) Churchill. Loc. cit. p. 1060.

(3) J.-P. Falret. Des maladies mentales. In Churcill. Loc. cit. P. 1060.

(4) Azam. De la folie sympathique provoquée et entretenue par les lésions de l'utérus et de ses annexes. In Morel. Traité des maladies mentales. Paris 1860. P. 186.

(5) Morel. Loc. cit. p. 186.

§ 2. *Influence de la puerpéralité sur le cancer.*

Le cancer, comme nous l'avons vu, reste généralement stationnaire pendant toute la durée de la grossesse; mais lorsque l'utérus s'est débarrassé du produit de la conception, nous avons admis avec la plupart des auteurs, et d'après un grand nombre de faits observés, que pendant la puerpéralité il prenait ordinairement une marche très-rapide. Pour expliquer ce temps d'arrêt, nous avons émis deux hypothèses, en cherchant à démontrer qu'il était dû à la présence du fœtus dans la cavité utérine. L'accouchement terminé, l'affection va donc reprendre son cours; mais pendant tout le travail de la parturition, le col a été comprimé, contusionné, peut-être déchiré; de plus, les règles vont reparaître : autant de causes qui vont aggraver la situation et donner un nouvel essor à la maladie.

Si, au lieu d'un accouchement à terme, la femme fait une fausse couche, nous avons dit que le cancer en était influencé d'une manière beaucoup plus malheureuse encore. L'observation de Lever (1), qui a été citée, vient à l'appui de cette assertion. Cette femme, on s'en souvient, avorta par trois fois, et à des intervalles très-rapprochés : « Ces avortements, ajoute Lever, semblèrent exercer une influence fâcheuse sur la constitution de ma malade; l'affection locale s'en ressentit aussi. En effet, l'ulcération cancéreuse suivit rapidement le dernier avortement, et marcha si vite, qu'elle détermina la mort au bout de huit semaines. »

(1) Lever. Loc. cit.

Il nous serait facile de reproduire un grand nombre de faits de ce genre : nous ne relatons que celui-ci, parce que nous avons déjà eu occasion d'en parler dans un autre endroit.

« La fluxion considérable et continue que l'allaitement entretient sur les mamelles, détourne, selon M. Courty (1), les mouvements fluxionnaires qui se porteraient sur l'utérus, avec d'autant plus d'efficacité que ces deux organes sont rattachés l'un à l'autre par un lien sympathique non équivoque. » Téallier (2), bien avant le professeur de Montpellier, partageait déjà la même opinion et regardait l'allaitement comme un puissant agent de révulsion. Il cite même, à ce propos, le fait d'une femme qui avait accouché à terme, malgré un cancer de l'utérus et chez laquelle l'affection locale parut rester complétement stationnaire, pendant tout l'allaitement qui dura quinze mois.

D'ailleurs, sans parler d'une action spéciale qu'il aurait peut-être, l'allaitement est encore utile en empêchant le retour des règles, c'est-à-dire des congestions périodiques et d'une façon plus éloignée, en s'opposant à une nouvelle grossesse. Hâtons-nous d'ajouter, qu'en supposant même bien démontrée cette influence de l'allaitement sur la marche du cancer, nous ne conseillerons pas aux femmes d'y avoir recours dans l'intérêt de leur enfant. Mais il ne faut pas, comme le dit lui-même l'auteur de cette observation, attribuer une trop grande valeur à ce fait : « d'abord, parce qu'il est isolé,

(1) Courty. Loc. cit. p. 306

(2) Téallier. Du cancer de la matrice. In Lebert. Loc. cit. p. 289.

et ensuite, parce qu'on a vu des cancers de l'utérus à marche lente, chez lesquels le mal local peut rester stationnaire pendant un laps de temps plus ou moins prolongé. »

Il méritait cependant d'être noté.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du cancer de l'utérus compliquant la grossesse, ne présentera pas en général de difficultés sérieuses. Pour l'établir, il suffira de constater séparément l'existence du cancer d'un côté et de la grossesse de l'autre. On trouve dans la science de nombreux exemples de tumeurs fibreuses ou de kystes ovariques ayant pu faire croire à une grossesse ou ayant empêché de la constater, alors qu'elle existait réellement. Mais pour ce qui est des tumeurs cancéreuses, nous ne croyons pas que cette confusion se soit jamais produite. Nous savons, en effet, que le carcinome utérin a son siége de prédilection au col, c'est-à-dire dans un endroit facilement accessible à la vue et au toucher, et, de plus, qui nécessiterait un volume très-considérable du néoplasme pour que celui-ci pût masquer l'utérus et empêcher d'y entendre les bruits du cœur d'un fœtus.

Nous n'insisterons pas sur les diagnostics séparés de ces deux états : ils sont assez généralement connus. Pour le cancer, nous nous bornerons à rappeler : l'âge de la femme ; l'état héréditaire ; la douleur variable par son intensité et par son siége, et dont on a beaucoup exagéré l'importance ; l'hémorrhagie si fréquente au

début, comme nous avons eu occasion de le dire dans le courant de ce travail ; enfin, la leucorrhée avec son odeur fétide et nauséabonde. En présence de ces symptômes, le médecin devra soupçonner l'existence d'un carcinome ; pour en avoir la certitude, il appellera à son secours le toucher et la vue. Bientôt l'état cachectique de la malade ne lui permettra plus le moindre doute à cet égard.

L'état de gestation ne modifiera en rien les symptômes que nous venons rapidement de passer en revue. Quant au cancer, il ne fera pas ressentir davantage son influence sur les signes de la grossesse. Nous parlons évidemment des signes certains, car pour ce qui est de l'absence des règles, par exemple, peut-être en y mettant quelque peu de complaisance, pourrait-on prendre pour un écoulement physiologique l'hémorrhagie provenant de la tumeur.

Il est des carcinomes utérins dont on avait reconnu l'existence avant la grossesse actuelle ; quelquefois un certain nombre de couches et d'avortements se sont succédé pendant leur développement ; d'autres fois, enfin, ils ont rendu laborieux un ou plusieurs accouchements.

Dans ces circonstances, il est bien évident qu'on n'aura pas à rechercher la présence de la tumeur ; mais si on l'examine, on sera quelquefois tout étonné de voir qu'elle aura changé de volume et de nature. Ce seront là des modifications apportées par la gestation. Il est très-important alors de constater le siége précis et les progrès de l'affection, de peser dans son esprit les chances probables d'une délivrance plus ou moins facile, d'après

l'étendue de la dégénérescence : autant de points qu'il faudra à tout prix éclaircir avant de décider un mode d'intervention plutôt qu'un autre.

Lorsqu'une femme atteinte de cancer de l'utérus est en travail, si on la voit pour la première fois, le cas pourra ne pas être aussi simple. Mme Lachapelle (1) cite une tumeur appartenant à la partie gauche des bords de l'orifice qui fut prise pour une portion de placenta; Mme Boivin (2), une autre que l'on croyait être la tête de l'enfant. Dans l'observation d'Amand (3), on s'imagina d'abord avoir affaire à la tête ou aux fesses du fœtus. Enfin, Mauriceau (4) parle d'une tumeur si considérable qu'elle fit supposer l'existence d'un second enfant.

De semblables erreurs, on le comprend, pourraient entraîner des conséquences excessivement fâcheuses; mais nous croyons qu'avec un peu d'attention il sera facile de les éviter.

PRONOSTIC.

Nous devons nécessairement considérer le pronostic par rapport à la mère et par rapport à l'enfant. Nous commencerons par le premier.

D'après ce que nous avons dit jusqu'ici, est-il bien nécessaire d'ajouter qu'il sera toujours grave? Nous n'avons évidemment pas en vue les conséquences plus ou moins éloignées de l'affection cancéreuse, nous savons

(1) Mme Lachapelle. Loc. cit.
(2) Mme Boivin, Loc. cit. t. II.
(3) In Simon. Loc. cit.
(4) Mauriceau. Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont nouvellement accouchées. Paris, 1682.

qu'elle se termine inévitablement par la mort, et nous savons aussi que la grossesse et l'accouchement concourent à hâter ce dénoûment fatal. Dans ce qui va suivre, nous ne nous occuperons que du pronostic du cancer de l'utérus en tant que complication de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité.

Il dépendra du siége, des dimensions et de la forme de la tumeur carcinomateuse. Lorsque celle-ci aura son siége sur le col, elle rendra presque toujours l'accouchement difficile, tandis que si elle se trouve sur le corps, elle n'exercera peut-être pas la même influence. Puchelt (1) cite plusieurs observations de cancer du corps de l'utérus qui n'apportèrent aucun obstacle à l'accouchement.

Si le mal est à son début, s'il n'est pas encore très-étendu, la grossesse et les phénomènes de la parturition pourront se terminer d'une manière tout à fait normale. On en connaît des exemples; mais ils ne sont malheureusement que trop peu nombreux. En revanche, si la tumeur est trop volumineuse, on sait qu'elle apportera parfois un tel obstacle à l'accouchement que les forces de la mère seront complétement insuffisantes et que si l'art n'intervient pas, il se produira fréquemment des ruptures.

Enfin, Puchelt prétend que le pronostic sera plus grave lorsque la tumeur sera plus large que longue, parce que, dit-il, dans ce dernier cas, elle resserre moins la cavité pelvienne.

Nous avons d'ailleurs assez signalé d'accidents qui

(1) Puchelt. Loc. cit., obs. XXVII, XXX.

peuvent survenir dans ces circonstances, pour qu'il soit inutile d'insister plus longuement sur ces considérations; et l'on ne s'étonnera pas des tristes enseignements qu'on peut tirer du tableau suivant qui a été dressé par West (1), d'après plusieurs autres auteurs :

Nom des auteurs.	Total des cas.	Mort pendant ou peu de temps après le travail.	Guérison des accidents du travail.
Puchelt	31	18	13
Oldham	5	2	3
Cormack	1	»	1
Simpson	6	2	4
Arnott	2	»	2
Scanzoni	4	4	»
Dorrington	1	1	»
Kiwisch	4	4	»
Menzies	20	10	10
Spiegelberg	1	»	1
Total	75	41	34

Avant de rechercher les causes qui peuvent influencer le pronostic par rapport à l'enfant, il n'est pas sans utilité de rappeler que l'avortement n'est pas rare avec les affections cancéreuses de l'utérus; nous avons même déjà indiqué à ce sujet les proportions données par Lever (40 p. 100) et West (18, 1 p. 100).

En faisant abstraction de cette cause de mort pour le fœtus, il suffit de songer à l'état général de la mère, à la longue durée de l'accouchement, à la compression exercée par la tumeur sur la tête de l'enfant, aux manœuvres auxquelles on doit souvent avoir recours pour son extraction, pour comprendre qu'en ce qui le con-

(1) West. Loc. cit., p. 440.

cerne, le pronostic ne sera pas plus favorable que pour la mère. West a réuni 72 cas où le sort de l'enfant a été noté : que l'on jette un coup d'œil sur ces chiffres, et l'on se rendra facilement compte de la vérité de notre assertion.

Noms des auteurs.	Total des cas.	Morts.	Nés viables.
Puchelt	30	19	11
Oldham	5	4	1
Cormarck	1	»	1
Simpson	6	2	4
Arnott	2	2 jumeaux	1
Scanzont	4	4	»
Dorrington	1	1	»
Kiwisch	4	4	»
Menziès	18	11	7
Spiegelberg	1	»	1
Total	72	47	26

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Dans ce chapitre, nous aurons à traiter des principales indications qui peuvent se présenter, lorsqu'un cancer de l'utérus vient compliquer la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité. Nous serons ainsi conduit à étudier successivement :

L'expectation,
L'incision du col,
L'ablation des tumeurs,
La version,
L'application du forceps,

(1) West. Loc. cit., p. 441.

L'avortement et l'accouchement prématuré artificiel,
L'embryotomie,
Enfin l'opération césarienne.

§. *Expectation.*

L'expectation est la conduite qu'on observe, sans s'en douter, lorsque la tumeur cancéreuse, à son début, ne provoque pas d'accidents capables d'en faire soupçonner l'existence.

Elle sera indiquée pendant la grossesse chaque fois que le cancer ne gênera pas le développement de l'utérus et qu'il ne portera pas d'atteinte sérieuse à la santé de la malade, au point de faire craindre une terminaison fâcheuse avant le moment de la délivrance. Dans ce cas, il faut surveiller attentivement la marche de l'affection, afin de se rendre compte, autant qu'il est possible, des chances qu'aura la femme de traverser sans danger la gestation et d'accoucher d'une manière relativement facile.

C'est ainsi que l'on a agi dans l'observation rapportée dans notre thèse. L'enfant était vivant ; on entendait très-nettement les battements redoublés ; la femme semblait devoir arriver sans trop de peine au moment de la parturition ; de plus, les touchers successifs que nous avons pratiqués, en nous faisant assister au ramollissement progressif de la tumeur, nous permettaient d'espérer que la délivrance s'opérerait assez aisément. L'expectation était donc la conduite la plus sage.

On s'est contenté (et nous conseillons d'agir de même

en pareil cas) de soutenir les forces de la malade par une bonne alimentation, du vin de quinquina et des ferrugineux; de calmer les douleurs par l'opium et quelquefois le chloral. Pour parer aux hémorrhagies ou combattre celles qui se sont présentées, on a prescrit le repos au lit dans la position horizontale, et le tamponnement avec des boulettes de charpie imbibée d'un liquide astringent quelconque, perchlorure de fer, eau vinaigrée, alun, etc. Les injections froides, selon nous, doivent être rejetées : elles peuvent en effet amener l'expulsion du caillot obturateur et favoriser ainsi l'hémorrhagie, au lieu de l'arrêter. Quant à l'écoulement fétide et très-pénible pour la malade, on s'efforçait d'en diminuer l'effet par des lotions ou des injections avec une solution de chlorure de chaux ou de permanganate de potasse.

Pendant l'accouchement, la même règle peut être posée : il faut avant tout laisser agir la nature. « In « partu, a dit Puchelt (1), colli sive orificii carcinomate « retardato, longius quidem tempus expectandum esse, « pro lege habebimus, quia ipsa natura adeo tumores « haud exiguos comprimit, diminuit et superat. » Freri (2) a publié l'observation d'une femme qui fut accouchée par une simple application de forceps, et cependant quelques instants auparavant, les médecins présents jugeaient l'opération césarienne indispensable.

Mais ici, encore plus que pendant la grossesse, une

(1) Puchelt. Loc. cit.

(2) Freri. Gazetta medica Italiana (Lombardia). In Gazette médicale de Paris. 1856.

observation attentive de la marche du travail sera nécessaire; il ne faudra pas oublier un seul instant la rupture possible de l'utérus, l'inertie de l'organe, l'hémorrhagie, en un mot, tous les accidents que nous avons signalés. C'est assez dire que dans le cas présent, comme partout en médecine, il n'y a pas à faire de l'expectation quand même; il faut, avant tout, bien peser les indications, pour intervenir quand la gravité des circonstances l'exige.

Lorsque le col fait obstacle à l'accouchement, peut-on espérer favoriser sa dilatation par les injections chaudes, les bains, la belladone et même la saignée? Mme Lachapelle (1) vante beaucoup ces moyens, et Puchelt, d'après elle, semble leur accorder quelque confiance. Nous ne croyons pas devoir partager cette opinion : car pour nous, si ces moyens dans un simple cas de rigidité du col sont suffisants pour produire l'effet voulu, nous nous refusons à admettre que lorsque le col aura subi la dégénérescence cancéreuse, ils puissent être d'une utilité réelle. Ainsi, dans le cas qui nous occupe, si nous exceptons les bains, nous regardons les injections comme nuisibles, la belladone comme inutile, et les saignées comme dangereuses.

A propos du traitement de l'hémorrhagie, nous avons blâmé l'emploi des injections froides; pour la même raison, nous condamnons les injections chaudes.

Pour ce qui est de la belladone, son inutilité doit évidemment frapper tous les esprits.

(1) Mme Lachapelle. Loc. cit.

Quant à la saignée, est-il rationnel de la pratiquer chez une femme anémiée profondément, cachectique, et chez laquelle on redoute l'épuisement des forces et l'inertie utérine?

Si l'on veut donc à tout prix essayer l'emploi d'un de ces moyens, nous conseillerons de n'avoir recours qu'aux bains; encore doutons-nous que l'on puisse en retirer de sérieux avantages.

§. *Incision du col.*

Cette opération a été diversement jugée par les différents auteurs qui s'en sont occupés.

« Dans presque tous les cas que j'ai vus, dit Mme Lachapelle (1), la dilatation s'est opérée jusqu'à un certain degré, et une fissure spontanée a fait le reste : sans doute, cette fissure aurait été plus profonde et plus dangereuse si une incision lui eût donné naissance; car on ne peut se flatter d'obtenir par incision un passage assez libre, pour que le déchirement ne prolonge beaucoup plus l'entamure, et ne la pousse peut-être jusqu'au corps de la matrice. » C'est aussi l'avis de Puchelt.

A part ces deux auteurs, tous les autres sont partisans du débridement du col, lorsque celui-ci met obstacle à l'accouchement.

« Ces incisions, selon Baudelocque (2), sont préférables aux déchirures qui pourraient s'y faire, et n'ont jamais eu les mêmes suites. On doit leur donner plus

(1) Mme Lachapelle. Loc. cit.

(2) Baudelocque. L'art des accouchements. Paris. 1796, t. II, p. 374.

ou moins d'étendue, selon l'épaisseur du bourrelet qui est calleux, mais toujours assez pour que l'orifice puisse s'ouvrir ensuite convenablement. » Mme Boivin, Scanzoni, Lebert, West partagent cette dernière manière de voir. C'est aussi celle qui nous paraît la plus favorable à la mère et à l'enfant. En laissant agir la nature, en effet, les déchirures qui se produiront se feront le plus souvent dans une étendue inconnue. Si dans quelques cas elles n'amènent aucun accident et facilitent, au contraire, le travail d'expulsion, il n'en est pas moins vrai que dans d'autres, elles pourront être considérables, et remonter même jusqu'au corps de l'utérus.

Le débridement du col sera indiqué, lorsqu'après avoir attendu un temps variable, le travail ne fera pas de progrès et qu'on aura à redouter l'inertie ou surtout une rupture de l'organe. On a publié un grand nombre d'observations où l'on a agi de cette façon : pour n'en citer qu'un exemple, dû à M. le professeur agrége Aubenas, nous rappellerons le cas cité dans la thèse du Dr Lux (1). C'est M. Aubenas qui a la parole :

« Je crains qu'une rupture de l'utérus ne se produise, et convaincu de la nécessité d'une incision, je fais prier le médecin ordinaire de la patiente, de venir me donner son avis et m'assister, s'il y a lieu. A son arrivée, il constate le fait, tombe immédiatement d'accord avec moi, et à minuit, nous faisons mettre la patiente en travers du lit pour procéder à l'opération.

Je saisis avec le pouce et l'index de la main droite,

(1) Lux. Essai sur l'ouverture artificielle du col de la matrice dans l'accouchement laborieux. Thèse. Strasbourg. 1866.

la lèvre malade en allant jusqu'aux tissus normaux, tandis que de la main gauche, armée de forts ciseaux à bec-de-lièvre, guidés sur les deux premiers doigts, j'incise presque d'un seul coup jusqu'à la partie saine. La femme a poussé quelques cris, mais plutôt de peur, ce me semble, en entendant le craquement produit par la section de ce tissu dur et comme cartilagineux. Il s'est écoulé un filet de sang; j'applique l'éponge et aussitôt a lieu une contraction, pendant laquelle nous constatons que la tête, écartant les bords de la plaie, arrive entre eux jusqu'à la symphyse.

Capuron (1) rapporte un exemple de débridement du col dans un cas où celui-ci avait déterminé des accidents convulsifs: « Une telle conduite, ajoute-t-il, loin d'être blâmable, devrait être au contraire imitée, si l'on se trouvait dans une semblable conjoncture. »

Pour faire l'opération on pourra se servir de forts ciseaux, comme l'a fait M. Aubenas ou encore d'un bistouri boutonné. On s'est demandé s'il fallait pratiquer l'incision dans les parties saines ou dans les parties malades, et si en agissant de cette dernière façon, il n'y avait pas d'hémorrhagie à redouter. Nous croyons qu'autant que possible, on devra débrider sur les côtés afin de ne risquer de blesser aucun organe important et le faire assez largement pour que le passage de l'enfant n'ait pas à augmenter le traumatisme. En supposant même que l'on fût obligé de prolonger les incisions jusque sur le corps de la matrice, il n'y aurait

(2) Capuron. Cours théorique et pratique d'accouchements. Paris, 1823, p. 394 et 395.

pas de crainte à avoir à cet égard : « Ces incisions, dit Lauvergeat (1), ne sont point dangereuses. »

Nous avons cru inutile de parler de la dilatation forcée par les doigts ou le spéculum. « C'est un moyen, dit le Dr Lux (2), trop voisin de la déchirure naturelle, pour ne pas être aussi aveugle et bien plus douloureux. »

§. *Ablation des tumeurs.*

La question de l'ablation des tumeurs ne peut être évidemment posée pendant la grossesse. Dugès (3) qui l'a conseillée, ne l'indique que pour le moment où la femme est en travail. « Peut-être en pareille conjecture, dit-il, devrait-on profiter de la circonstance pour extirper les portions squirrheuses. Je crois que dans la majeure partie des cas, on aurait beaucoup plus de facilité que jamais à pratiquer cette opération, soit pendant le travail, soit immédiatement après l'accouchement. Le vagin est alors très-extensible, le col aminci, ramolli, les noyaux squirrheux plus mobiles et quelquefois comme flottants, souvent (après l'accouchement) déjà séparés de l'utérus par deux côtés (double fissure). On serait plus sûr de ne rien entamer au delà des lèvres du col utérin, qui jamais ne jouissent d'une extensibilité pareille à celle qu'elles acquièrent pendant l'accouchement. L'hémorrhagie serait peut-être plus à craindre, à cause de la facilité qu'alors a l'utérus de se laisser

(1) In Lux. Loc. cit.
(2) Lux. Loc. cit.
(3) Dugès. Note, in Mme Lachapelle. Loc. cit. p. 308.

distendre; mais je doute qu'elle soit bien considérable dans les circonstances ordinaires et quelques styptiques l'auraient probablement bientôt arrêtée. Les fissures du col ne fournissent que très-rarement une hemorrhagie notable. » Lebert (1) parle aussi de cette opération, mais sans ajouter de réflexions. Ce n'est pas là l'opinion de Simon (2) qui, plutôt que de conseiller l'ablation de la tumeur, préfère indiquer l'opération césarienne, lorsque le cancer ne permettra pas de terminer l'accouchement. Et en effet, quelles difficultés ne présentera pas une semblable opération! Cette hémorrhagie elle-même, dont Dugès semble faire si peu de cas, ne pourra-t-elle être assez considérable pour compromettre gravement l'existence de la malade?

L'opinion de Puchelt nous semble de beaucoup la meilleure, et, pour ce qui nous regarde, nous nous y rallions complétement.

D'abord on connaît la valeur de l'extirpation de la tumeur, comme traitement curatif du cancer de l'utérus. Nous ne nous occuperons donc ici que des indications fournies par l'accouchement.

Si la tumeur est d'un faible volume, elle ne gênera pas le travail d'une façon notable; il sera inutile d'en faire l'ablation.

Si elle est volumineuse et largement implantée, il sera très-difficile et très-dangereux de l'enlever; faudra s'en abstenir.

Reste donc le cas où étant assez considérable pour

(1). Lebert. Loc. cit., p. 306.
(2) Simon. Loc. cit.

faire obstacle à l'accouchement, elle sera munie d'un pédicule assez mince. C'est alors, et seulement alors, qu'on pourra peut-être tenter son ablation.

« In minoribus, a dit Puchelt (1), carcinomatum tu-« moribus operatione non opus esse; in majoribus au-« tem, nisi pediculo tenui insideant, eam difficillime « perficiendam esse, crediderim. »

§. *Version.*

La version sur les pieds a été pratiquée trois fois, parmi les cas rapportés par Puchelt (2). La première fois elle fut malheureuse, la mère et l'enfant succombèrent; la deuxième, tous deux furent sauvés; enfin pour la troisième, le sort d'aucun d'eux n'a été noté Dans l'observation du Dr Lœwenhardt que nous avons déjà citée, il fallut avoir recours à cette même opération, mais le résultat ne fut pas plus heureux que dans le premier cas de Puchelt.

En définitive on a noté pour la mère et pour l'enfant une proportion de 2 morts pour 1 guérison. La statistique ne paraît donc pas favorable à la version.

Elle sera cependant quelquefois indiquée, lorsque pour une raison ou pour une autre, il sera urgent d'intervenir et de terminer rapidement l'accouchement. Dans bien des circonstances, il est vrai, lorsque, par exemple, la dilatation du col ne pourra s'effectuer, elle sera tout à fait impraticable, et il faudra aviser à un autre moyen.

(1) Puchelt. Loc. cit.
(2) Puchelt. Loc. cit., obs. X, XXIV, XXVI.

Inutile de dire que, même dans les accouchements les plus faciles, on pourra être conduit à faire la version sur les pieds; mais alors on y sera forcé par une cause tout à fait indépendante de la présence du cancer.

§. *Application du forceps.*

Le forceps sera souvent d'un grand secours; mais, de même que pour la version, un certain nombre de circonstances sont nécessaires pour son application. Ainsi il est de toute évidence que, pour introduire les branches de l'instrument, la dilatation du col est indispensable, qu'elle soit naturelle ou qu'elle ait été créée par les incisions dont nous avons parlé plus haut. Si la tumeur occupe un volume assez considérable pour obstruer le vagin, il ne pourra être non plus, on le conçoit sans peine, question de cette opération.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un utérus gravide, dont l'orifice est dilaté, et qu'il faut terminer rapidement l'accouchement, comment faut-il intervenir? autrement dit, doit-on préférer la version à l'application du forceps? lorsque, bien entendu, on peut choisir.

Il n'est guère possible de donner une statistique quelle qu'elle soit des résultats fournis par l'emploi du forceps. On a eu recours à lui dans un grand nombre de cas et dans des circonstances tout à fait différentes. Nous ne pouvons guère répondre à cette question par des chiffres.

Pour nous, nous ne doutons pas que dans des mains exercées, alors qu'il faut agir très-rapidement, la ver-

sion ne donne des résultats plus avantageux. On sait qu'une version demande en général beaucoup moins de temps qu'une application de forceps. Cependant lorsque le médecin n'est pas trop pressé par les circonstances, s'il n'a pas trop tardé, et s'il est bien constaté que l'enfant est vivant, nous conseillerons plutôt l'emploi du forceps à la plupart des praticiens.

Quant au moyen de cet instrument, on a fait des tractions qui sont restées infructueuses, il ne faut pas insister, sans quoi on expose la mère et l'enfant à un certain nombre d'accidents : pour ce dernier, le froissement et la contusion de la tète qui se heurte contre un obstacle; et pour la mère, la lésion des parties génitales et de la tumeur : toutes circonstances qui viendront aggraver le pronostic.

Nous ne relaterons pas d'observations dans lesquelles on a eu recours au forceps; tous les auteurs en ont cité : Puchelt, Mme Lachapelle, Mme Boivin, etc. Le Dr Watelle (1) en a publié une dans sa thèse inaugurale, due à M. le professeur Pajot. Enfin nous avons parlé, dans le courant de ce travail, de différents cas ayant nécessité la même intervention, l'un entre autres de M. le professeur Stoltz et qui fut suivi d'abcès péri-utérin.

§. *Avortement et accouchement prématuré artificiel.*

L'avortement provoqué sacrifie nécessairement le fruit et met aussi en péril les jours de la mère, soit

(1) Watelle. Loc. cit.

immédiatement, soit plus tardivement, en accélérant, comme nous l'avons vu, la marche de l'affection cancéreuse. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner qu'on y ait si peu souvent recours. Peut-être l'accouchement prématuré, c'est-à-dire la délivrance de la mère lorsque le fœtus est viable, pourrait-il rendre quelques services, dans un certain nombre de cas.

Quoi qu'il en soit, plusieurs auteurs n'ont pas craint de conseiller cette pratique. « L'infiltration cancéreuse, dit Scanzoni (1), compliquant l'accouchement au point que les plus grands dangers en résultent pour la vie de la mère, et l'enfant lui-même conservant rarement la vie, nous pensons qu'il convient d'interrompre la grossesse par un accouchement prématuré ou un avortement artificiel. » « Mais, ajoute le même auteur, on n'en viendra pourtant à cette extrémité que lorsque le mal aura une grande intensité ; car autrement il serait possible d'attendre un accouchement normal et de conserver la vie de l'enfant, qu'on ne doit sacrifier que sur des indications précises. »

West (2) en recommandant aussi l'avortement ou l'accouchement prématuré, résume assez bien les circonstances dans lesquelles il faut y songer : « Il vaut mieux généralement, dit-il, en pareille occurrence, provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. Mais dans l'application de cette règle, il faut consulter l'étendue de la lésion et l'époque de la grossesse.

Si l'affection est à un degré assez avancé pour

(1) Scanzoni. Loc. prim. cit.
(2) West. Loc. cit., p. 457.

enlever tout espoir de prolonger la vie à l'aide d'un traitement médical ou chirurgical, si, en même temps, l'obstacle que doit franchir le fœtus ne paraît pas insurmontable, il vaut mieux ne pas interrompre le cours de la grossesse. En agissant ainsi on ne compromet pas la vie de l'enfant; et puis, pendant les derniers jours de la gestation la mère jouit d'une meilleure santé, et sa maladie fait moins de progrès qu'on ne pourrait l'espérer, pour le même laps de temps, après l'évacuation de la matrice. Dans quelques cas aussi l'affection est si étendue, qu'il paraît presque impossible de rompre les membranes et de provoquer, de quelque manière que ce soit, l'avortement. Le danger de l'intervention est alors si immédiat, qu'il contrebalance les risques plus éloignés que fait courir l'expectation. »

En somme, cette pratique sera assez rarement indiquée; aussi ne pouvons-nous nous empêcher de considérer comme par trop exclusif ce conseil donné par le Dr J. Miller (1), d'amener prématurément le travail, aussitôt que l'on a constaté que la grossesse est compliquée de cancer du col de l'utérus.

Nous pensons donc que l'on ne devra provoquer l'avortement que lorsque les dangers que courent la mère, par suite de la complication du carcinome utérin, ne permettent pas d'espérer de la voir arriver au terme normal de la grossesse, et si, en agissant ainsi, on a quelque chance de prolonger son existence.

(1) J. Miller. Loc. cit. Réflexion à la suite de l'observation.

Quant à l'accouchement prématuré, nous serions peut-être plus disposé à l'admettre dans la pratique, puisqu'on ne sacrifie pas nécessairement le fœtus ; mais encore faudra-t-il n'obéir qu'à des indications bien précises, un danger immédiat pour la mère, par exemple. Pour ce qui est de la crainte des accidents de l'accouchement, nous croyons qu'elle ne justifie pas suffisamment cette détermination ; car en temporisant on obtiendra peut-être un changement dans l'état de la tumeur, et, d'un autre côté, en agissant de suite, la mère courra autant de dangers, à peu de chose près, que si l'on avait attendu l'expulsion naturelle.

§. *Embryotomie.*

Nous sommes arrivé aux opérations obstétricales les plus graves, à ces moyens extrêmes qu'on emploie lorsque tous les autres ont échoué, ou qu'on a la certitude absolue qu'ils resteront impuissants.

L'embryotomie n'a pas été acceptée dans la science sans donner lieu à de nombreuses controverses ; cela se conçoit. Dans ces discussions, les uns ont pris le parti de la mère, les autres celui de l'enfant. Aujourd'hui on est d'accord que, « à chances égales, il faut préférer le salut de la mère » (1).

Or, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme atteinte de cancer utérin et portant dans son sein un enfant vivant, peut-on songer un seul instant à pratiquer une semblable opération ? Les chances ne sont évidemment pas égales : d'un côté on a un être

(1) Joulin. Loc. cit., p. 1075.

plein de vie, de l'autre une malheureuse vouée fatalement à une mort plus ou moins prochaine. Dans ces circonstances il ne peut y avoir aucun doute possible : l'existence de l'enfant sera sacrée et devra être sauvegardée.

C'est, du reste, l'opinion généralement adoptée dans ce cas particulier. « Lorsque la mère, dit M. Joulin (1), est atteinte d'une affection nécessairement mortelle, comme le cancer..., il est certain que la céphalotribe doit être repoussée, si l'enfant est vivant. »

Nous admettrons donc en principe que, dans le cas de complications de l'accouchement par une tumeur cancéreuse de l'utérus, lorsque l'enfant sera vivant, on devra toujours s'abstenir de faire l'embryotomie, alors que dans les circonstances ordinaires elle serait indiquée.

§. *Opération césarienne.*

Les considérations que nous venons d'établir indiquent assez que nous admettons l'opération césarienne dans les cas où le cancer apportera un obstacle absolu à l'accouchement, ou bien lorsqu'on aura à se décider entre elle et l'embryotomie, le fœtus étant vivant. De cette manière on sauvera l'enfant, tout en laissant à la mère des chances de vivre jusqu'au dénouement fatal de sa maladie.

Nous n'avons pu trouver d'observations où l'on ait eu recours à l'opération césarienne. West (2) prétend ce-

(1) Joulin. Loc. cit., p. 1075.
(2) West. Loc. cit., p. 458.

pendant qu'Oldham l'a pratiquée dans ces conditions, « et le résultat favorable, ajoute-t-il, du moins en ce qui concerne l'issue du travail, prouve la sagesse de sa détermination. Puchelt (1), tout en annonçant qu'on n'en trouve pas d'exemple dans les faits qu'il rapporte, en admet néanmoins l'opportunité, et cite un cas où employée elle aurait pu sauver la vie de l'enfant. Nous avons déjà dit que Simon préférait l'opération césarienne à l'ablation des tumeurs. Aussi sommes-nous persuadé qu'en présence de cette complication qui nous occupe, l'opération césarienne trouvera grâce devant ses plus grands détracteurs et que l'indication leur en paraîtra suffisamment justifiée.

Enfin, on peut être obligé de faire la gastrotomie quand la matrice s'est rompue; l'opération est nécessairement indiquée quand l'enfant est vivant.

C'est surtout ici qu'il ne faut pas perdre son temps dans une vaine expectation et que la décision doit être prise de bonne heure. On augmentera ainsi le peu de chances que l'on a de sauver la mère en protégeant l'enfant.

(1) Puchelt. loc. cit., obs. XVII.

CONCLUSIONS.

I. — Le cancer de l'utérus n'empêche pas la conception d'une manière absolue.

II. La grossesse peut suivre son cours et arriver jusqu'à terme. Néanmoins l'avortement est souvent à craindre.

III. Pendant la gestation la marche du cancer est le plus souvent ralentie, mais après l'accouchement, elle n'en recommence qu'avec plus de rapidité.

IV. La parturition peut dans quelques cas s'effectuer normalement, mais le travail sera généralement plus long; quelquefois même il sera rendu tout à fait impossible.

V. Pendant le travail on a à craindre une série d'accidents redoutables dont les plus fréquents sont l'inertie utérine, l'hémorrhagie, l'épuisement général et la rupture de l'utérus.

VI. La grossesse et l'accouchement ont leur place dans l'étiologie du cancer de l'utérus.

VII. La puerpéralité est souvent malheureuse.

VIII. Le diagnostic est en général facile, le pronostic toujours grave pour la mère et pour l'enfant.

IX. Pendant la grossesse, l'expectation est le plus communément indiquée. L'avortement et l'accouchement prématuré artificiel trouveront rarement leur application.

X. Pendant l'accouchement l'expectation a encore quelquefois sa raison d'être, mais fréquemment il faut intervenir.

XI. L'incision du col est un excellent moyen à peu près exempt de dangers.

XII. L'ablation des tumeurs, dans l'immense majorité des cas, ne saurait être conseillée.

XIII. On peut être obligé de faire la version ou d'appliquer le forceps.

XIV. L'embryotomie ne devra être pratiquée que sur l'enfant mort.

XV. S'il est vivant, c'est à l'opération césarienne qu'il faudra avoir recours.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.